Lane Medical Library

Über
extragenitale Ulcera mollia.

INAUGURAL-DISSERTATION

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 6. Februar 1908

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Ernst August Lindemann

approb. Arzt aus Mergentheim (Württemberg)

Assistenzarzt im 9. Württembergischen Infanterie-Regiment Nr. 127.

OPPONENTEN:

Herr cand. med. Stark.

- cand. med. Trost.

- stud. med. Poludniok.

BERLIN.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstraße 158.

1908

Gedruckt mit Genehmigung

der

Medizinischen Fakultät der Universität Berlin.

Referent: Prof. Dr. Bier.

Dem Corps Suevo-Borussia

gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/uberextragenital0000erns

Das Ulcus molle entsteht bei direkter Übertragung eines spezifischen Mikroorganismus, verbreitet sich ex contiguo auf die Umgebung, affiziert nicht mehr als die Lymphdrüsen und die abführenden Lymphgefäße des benachbarten Gebietes und heilt schließlich, ohne daß es weitere Folgeerscheinungen an entfernteren Körperbezirken verursacht. Übertragen wird das Schankergift in den meisten Fällen durch den Geschlechtsverkehr, abgesehen von absichtlichen Überimpfungen; es bilden deshalb auch die Geschlechtsteile den weitaus häufigsten Sitz der Geschwüre.

Außerdem kann jedoch die Infektion an jeder beliebigen Körperstelle durch zufälliges Eindringen des Schankervirus — der Streptobazillen — in eine Kontinuitätstrennung der Haut erfolgen. Solche Infektionen werden im Gegensatz zu den erwähnten genitalen Infektionen als extragenitale bezeichnet.

Nach einer Statistik von 8900 Fällen ist bei genitalen Geschwüren der Sitz am inneren Präputialblatt am zahlreichsten vertreten, über 3000 mal; dann folgen Frenulum, Glans (etwa 600 mal), dann äußeres Präputialblatt, Scrotum (38 Fälle) und endlich die Regio pubica mit 14 Fällen; letztere sind schon zu den extragenitalen zu rechnen. Extragenital wurden Ulcera mollia beobachtet an den Händen, Wangen, Brust, Mund, Lippen. Die Kasuistik liefert in dieser Hinsicht ebenso interessante als absonderliche Fälle, sowohl in bezug auf die Lokalisation als auf die Akquisition. Selbst ein Fall von Ulcus molle an der Conjunctiva bulbi ist beschrieben. Bei den Fällen, die in der Literatur bekannt sind, handelt es sich meist um direkte Übertragung des Schankergiftes auf Wunden. Die Fälle betreffen vielfach das

Heilpersonal. Außerdem sind Fälle von anormalem Sitz bekannt am Anus und in der Umgebung des Mundes, hervorgerufen durch widernatürlichen Geschlechtsverkehr. Ein Fall ist auch beschrieben, in dem ein Patient die Kataplasmen von einem Bubo auf eine Inzisionsöffnung am Knie legte und dadurch eine Infektion herbeiführte; ein ganz ähnlicher Fall findet sich auch bei den unten beschriebenen.

Im allgemeinen gilt das Vorkommen des extragenitalen Ulcus molle für selten; nach einer von O. v. Petersen aufgestellten Statistik kommen unter 5363 weichen Schankern 9 extragenitale vor, und zwar am Anus 2, am Bauch 3, am Finger 2, am Oberschenkel 2. Nach einer zweiten Statistik kommen auf ca. 9000 Fälle 27 extragenitale, und zwar am Anus 10, am Finger 5, am Oberschenkel 5, am Bauch 4, im Gesicht 2, am Thorax 1.

Im folgenden soll über die auf der Männerabteilung der Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten der Königl. Charité von 1902—1905 beobachteten Fälle von extragenitalen Ulcera mollia berichtet werden. Die zeitliche Verteilung und die allgemeine Lokalisation der beobachteten Ulcera geht aus folgenden Tabellen hervor.

1902

Monat	Ulcera mollia	Ulcera mixta	Ulcera extra-genitalia	Summe
Januar	7	—	—	7
Februar	6	—	1	7
März	11	1	—	12
April	11	—	—	11
Mai	8	2	—	10
Juni	11	3	—	14
Juli	9	—	—	9
August	11	—	—	11
September	10	2	—	12
Oktober	17	—	1	18
November	15	2	1	18
Dezember	16	1	—	17
	132	11	3	146

Monat	Ulcera mollia	Ulcera mixta	Ulcera extra-genitalia	Summe
		1903		
Januar	17	—	—	17
Februar	18	—	—	18
März	8	2	1	11
April	16	1	1	18
Mai	21	1	—	22
Juni	19	1	—	20
Juli	11	1	1	13
August	13	—	1	14
September	18	—	—	18
Oktober	17	3	—	20
November	16	—	—	16
Dezember	16	3	—	19
	190	12	4	206
		1904		
Januar	10	2	2	14
Februar	15	—	—	15
März	15	—	—	15
April	14	—	1	15
Mai	15	—	—	15
Juni	18	1	—	19
Juli	10	1	—	11
August	13	—	1	14
September	12	—	—	12
Oktober	11	3	1	15
November	13	1	—	14
Dezember	7	—	—	7
	153	8	5	166
		1905		
Januar	5	4	—	9
Februar	9	—	—	9
März	14	1	—	15
April	7	4	1	12
Mai	16	2	—	18
Juni	6	—	1	7
Juli	8	1	—	9
August	5	2	—	7
September	8	1	—	9
Oktober	12	1	—	13
November	12	—	—	12
Dezember	13	1	1	15
	115	17	3	135

Die Zusammenfassung der beobachteten Fälle ergibt im ganzen, daß in den 4 Jahren einschließlich der Ulcera mixta 653 Fälle in Behandlung waren; unter diesen waren 15 mit extragenitaler Lokalisation, also $2^1/_4$ Proz.; es dürfte deshalb das extragenitale Ulcus molle als eine verhältnismäßig seltene Erkrankung anzusprechen sein.

Die 15 Fälle sind, in kurzen Auszügen dargestellt, folgende:

Fall 1. Patient E., Arbeiter, 18 Jahre, aufgenommen 30. IX. 02.

Diagnose: Ulcus molle am rechten Ringfinger, Ulcera mollia an den Genitalien, Bubo dexter inguinalis, Bubo dexter axillaris.

Vorgeschichte: Patient hat seit 20. IX. an der Vorhaut einige Geschwüre; seit 29. IX. starke Drüsenschwellung; am 25. IX. schnitt er sich mit einem Stück Blech in den rechten Ringfinger; am nächsten Morgen hatte er an der Schnittwunde bereits starke Schmerzen und Anschwellung der Achseldrüsen.

Befund an den Genitalien: Zu beiden Seiten des Frenulum und auf demselben ein flügelförmiges Geschwür von der Größe von 2 Linsen; der Grund ist eitrig belegt; an der Eichel ein gleiches bohnengroßes Geschwür mit unregelmäßiger Begrenzung; außerdem bestehen Geschwüre am inneren Vorhautblatte; Inguinaldrüsen mäßig hart, rechts haselnußgroß, links erbsengroß.

Befund des extragenitalen Geschwürs: An der Innenseite des 4. Fingers der rechten Hand findet sich entsprechend der Hautfalte zwischen Grund- und Mittelphalange eine 1 cm lange Schnittwunde, die im Heilen begriffen ist und wenig dünnes gelbliches Saekrat absondert; in der rechten Achselhöhle findet sich eine haselnußgroße, mäßig schmerzhafte Drüsenschwellung.

4. X. 02. Am rechten Zeigefinger zeigt sich heute nach Abstreifung der Epidermis ein erbsengroßes Ulcus

molle von Hantelform, außerdem sehr schmerzhafte Lymphstränge an der Innenseite des Oberarmes, weniger des Unterarmes; Kubitaldrüsen bohnengroß; in der rechten Achselhöhle ein hühnereigroßes, sehr schmerzhaftes Drüsenpaket.

Behandlung: Alkoholverband des Oberarmes und der Achselhöhle; Hochlagerung des Arms und feuchter Verband am Finger.

10. X. 02. Ulcera mollia am Penis fast verheilt und vernarbt; Ulcus am Ringfinger desgleichen; Drüsen zurückgegangen. Patient wird gebessert entlassen.

Fall 2. Patient K., Schutzmann, 26 Jahre. Aufgenommen 22. I. 02.

Diagnose: Ulcus molle an der Bauchhaut. Bubo rechts.

Vorgeschichte: Patient hatte Anfang Januar Phthirii, rasierte die Schamhaare und rieb mit grauer Salbe ein; am folgenden Tage traten 2 Knötchen auf, die sich dadurch, daß Patient daran kratzte, zu Geschwüren ausbildeten; bald trat starke Eiterabsonderung auf; mit dem Auftreten der Geschwüre entstand zugleich Anschwellung der rechten Leistendrüse.

Befund: An der Bauchseite findet sich in der Mittellinie 4—5 cm oberhalb der Radix penis ein ovales bohnengroßes Geschwür mit entzündlich geröteten, 1—2 mm breiten, wallartig erhobenen Rändern; ein ebensolches erbsengroßes Geschwür findet sich in horizontaler Richtung 5 cm von dem ersten entfernt; in der rechten Leistenbeuge ein taubeneigroßer Bubo mit wenig geröteter Haut; der Bubo ist oberhalb der deutlich sichtbaren Inguinalfurche gelegen, geht also aus von den obersten Drüsen der Inguinalgegend, während die unteren nicht beteiligt sind.

31. I. 02. Die beiden Ulcera am Bauch teilweise überhäutet; aus dem vor 3 Tagen inzidierten Bubo besteht noch Eiterung.

8. II. 02. Bubo vollständig vernarbt; es besteht noch geringe Drüsenschwellung. Beide Ulcera an der Bauchhaut vollständig vernarbt.

Geheilt entlassen.

Fall 3. Patient K., Monteur, 29 Jahre. Aufgenommen 6. XI. 02.

Diagnose: Ulcera mollia an beiden Oberschenkeln, Ulcera mollia an den Genitalien.

Vorgeschichte: Patient hatte vor ungefähr 8 Wochen einen juckenden Ausschlag in der Gegend des Afters und an den Oberschenkeln sowie am Hodensack; 3 Tage nach dem letzten Coitus bekam er ein Geschwür an der Vorhaut, einige Tage später am Scrotum, dann in der Analfurche und schließlich an den Oberschenkeln.

Befund: Am inneren Vorhautblatt auf der dorsalen Seite ein linsengroßes, grau belegtes Ulcus mit etwas gewucherten Rändern; am Scrotum ein gleiches linsengroßes Geschwür.

Am inneren Teil der Oberschenkel ein intertriginöses Ekzem; auf den intertriginösen Stellen findet sich an der inneren Seite des rechten Oberschenkels eine größere Anzahl linsengroßer Ulcera mollia; an der Innenseite des linken Oberschenkels sind neben mehreren kleinen Ulcera 2 unregelmäßig begrenzte, etwa bohnengroße Geschwüre, in denen Streptobazillen nachgewiesen wurden. Drüsenschwellungen sind nicht nachweisbar.

14. XI. 02. Geschwüre teilweise gereinigt; nur auf denen am Anus etwas grauer Belag. Beschwerden gering.

18. XI. 02. Von den Geschwüren einige verheilt; die übrigen sind in guter Heilung begriffen.

Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 4. Patient E., Bäcker, 28 Jahre. Aufgenommen 9. III. 03.

Diagnose: Ulcus molle am linken Zeigefinger, Phimose und Ulcera mollia an den Genitalien.

Vorgeschichte: Etwa 8 Tage nach dem letzten Coitus bekam Patient brennende Schmerzen am Vorhautbändchen; es bildete sich bald ein blutendes Geschwür; am 21. II. erlitt Patient am linken Mittelfinger eine Verbrennung dadurch, daß eine Streichholzschachtel in seiner Hand explodierte; er erlitt dadurch 2 Wunden an den einander zugekehrten Flächen der Grundphalangen des II. und III. Fingers der linken Hand; während die Wunde am Zeigefinger bald heilte, schloß sich die am Mittelfinger nicht, sondern vergrößerte sich von Tag zu Tag, und vor etwa 8—9 Tagen bekam Patient in der Nacht plötzlich so starke Schmerzen, daß er aufwachte; er bemerkte, daß der Finger gerötet und stark geschwollen war und eiterte.

Befund an den Genitalien: Am Vorhautrande 7 radiare typische Ulcera mollia, die schmal, aber tief sind; Inguinaldrüsen sind erbsengroß.

Befund am Finger: Am Mittelfinger der linken Hand, und zwar an der radialen Seite der Grundphalange, befindet sich ein über erbsengroßes Geschwür mit unregelmäßig gezackten Rändern, die an der dorsalen Seite steil abfallen, an der volaren mehr schräg sind; auf dem Grunde gelblichrote Granulationen. Grundphalanx ist gerötet, geschwollen, druckschmerzhaft, ebenso die nächste Umgebung des Geschwürs. Kubitaldrüsen haselnußgroß, druckschmerzhaft.

14. III. 03. Das Geschwür des Fingers ist etwas größer geworden; der Rand und der Grund sind etwas gereinigt; der letztere zeigt einige Granulationen; Kubitaldrüsen links etwas kleiner wie rechts, druckschmerzhaft.

16. III. 03. Geschwüre am Finger jetzt bohnengroß; der Grund reinigt sich gut; von den Rändern ist der volare noch steil und ca. 2 mm tief, der andere

weniger steil; Entzündung und Schmerzen sind etwas geringer. Kubitaldrüsen heute bohnengroß.

19. III. 03. Ulcus am Finger hat sich gereinigt; gute Granulationen; Kubitaldrüsen kaum noch fühlbar.

27. III. 03. Das Ulcus am Finger ist mit erhabener derber blaßbläulichroter Narbe verheilt. Die Kubitaldrüsen sind noch fühlbar und wenig schmerzhaft. Beweglichkeit des Fingers ist nicht behindert. Bei Bewegungen des Armes bestehen geringe Schmerzen. Geschwüre an den Genitalien noch linsengroß.

Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 5. Patient G., Kutscher, 23 Jahre. Aufgenommen 13. III. 03.

Diagnose: Ulcus am linken Daumen und am linken Zeigefinger; Ulcus molle am Vorhautbändchen; linksseitiger Bubo.

Vorgeschichte: Patient bemerkte 4 Tage nach dem letzten Coitus einen Ausschlag an der Vorhaut und nach einigen Tagen Geschwüre an der Eichel. Seit etwa 8 Tagen besteht Leistendrüsenschwellung. Die Wunden am Finger rühren von einer Verletzung mit einer Säge her, die sich Patient etwa 8 Tage nach der Infektion zugezogen hat.

Befund an den Genitalien: In der ganzen Ausdehung des Vorhautbändchens bis zu den Harnröhrenlippen reichende Ulcera mollia mit erhabenem, gespanntem, steilem Rand; Grund höckerig mit festhaftendem, graugelbem höckerigem Belage. Frenulum fast völlig zerstört. Inguinaldrüsen rechts erbsen-, links hühnereigroß.

Befund an den Fingern: Am Dorsum des linken Zeigefingers findet sich ein unregelmäßiges, ovales, sehr scharfrandiges Geschwür mit feinhöckerigem charakteristischen, graugelb belegtem Rand, Umgebung entzündlich gerötet; im Eiter Streptobazillen. Am ulnaren linken

Daumennagelrand eine gut erbsengroße, am Nagelfalz und der benachbarten Haut hervorgewachsene Granulationsgeschwulst, die auf ihrer Höhe eine braungelblich belegte Fläche zeigt; Druck auf den Nagel sehr schmerzhaft. Lymphangitis besteht nicht.

18. III. 03. Abtragung des erhabenen Ulcus am Daumen; Ätzung des Geschwürs am Zeigefinger mit Karbolsäure.

19. III. 03. Das Geschwür am Zeigefinger zeigt einen etwas überhängenden Rand, der abgetragen wird; der Grund ist rein; nachdem der Nagel des Daumens entfernt ist, zeigt sich, daß das Ulcus denselben unterminiert hat. Ätzung dieser Stelle mit Karbolsäure.

20. III. 03. Das Geschwür des Zeigefingers stellt heute ein scharfgeschnittenes Geschwür mit steilen Rändern und vollkommen reinem Grund dar; am Ulcus des Daumens ist noch etwas Belag; auf der Abtragungsfläche zeigt es einen unregelmäßig gewucherten Grund und graugelben zähen Belag.

27. III. 03. Das Geschwür am Zeigefinger ist mit blaßbläulichroter Narbe verheilt; das Ulcus des Daumens ist flach, fast vernarbt.

29. III. 03. Auch das Geschwür des Daumens heute vollständig vernarbt. Patient bleibt wegen der noch nicht verheilten Inzisionswunde des Bubo in weiterer Behandlung.

16. IV. 03. Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 6. Patient S., Schlosser, 40 Jahre. Aufgenommen 26. VI. 03.

Diagnose: Ulcus molle am linken Unterschenkel, Ulcus molle an der Vorhaut, Pityriasis versicolor.

Vorgeschichte: Patient hatte 5 Tage nach dem letzten Coitus am äußeren Vorhautblatt mehrere Bläschen bemerkt, die sich bald zu einem Geschwür ausbildeten; am 19. VI. 03, 4 Tage nachdem das Geschwür aufgetreten war, fiel er gegen eine Bordschwelle, wobei er mit

dem linken Unterschenkel aufschlug; am Tage darauf bildete sich hier eine wunde Stelle, die sich mit einer Borke bedeckt hatte; als er die Borke ablöste, fand sich darunter Eiter; er machte Umschläge mit demselben Seifenwasser, mit dem er seinen Schanker behandelte; vor 2 Tagen war dann ein Geschwür entstanden, das einen sehr schmerzhaften, entzündeten roten Rand hatte.

Befund an den Genitalien: An der rechten Seite des äußeren Vorhautblattes ein bohnengroßes ovales Geschwür mit scharf gezacktem Rand und eitrigem Belag.

Befund am Unterschenkel: Am linken Unterschenkel, etwa 2 Querfinger unter der Kniescheibe, befindet sich ein Geschwür von etwa Haselnußgröße; das Geschwür hat steile, zum Teil unterminierte Ränder, der Grund ist feinhöckerig mit graugelbem Belag belegt, stark eiternd; die Umgebung zeigt einen 2—3 cm breiten entzündeten, geschwollenen Rand, der ebenso wie der Grund des Geschwürs ziemlich schmerzhaft ist. Inguinaldrüsen rechts erbsen-, links bohnengroß, nicht schmerzhaft.

Auf Brust und Rücken in breiter Ausdehnung Pityriasis versicolor.

27. VI. 03. Im Sekret des Ulcus am Knie Streptobazillen.

30. VI. 03. Das Geschwür unter dem linken Knie sieht gut aus; die entzündliche Infiltration und Rötung des Randes bedeutend zurückgegangen; Grund noch graugelb belegt. Drüsenschwellung unverändert.

4. VII. 03. Geschwür am Knie noch etwas graugelb belegt; Infiltration gering.

Die Geschwüre an den Genitalien sind in guter Heilung begriffen.

7. VII. 03. Ulcus am Knie mit Zurücklassung einer kleeblattförmigen Narbe geheilt; Narbe am Grunde etwas derb, hat einen wallartigen, noch etwas geröteten Rand.

9. VII. 03. Geheilt entlassen.

Fall 7. Patient K., Zapfer, 35 Jahre. Aufgenommen 17. VII. 03.

Diagnose: Ulcus molle am rechten II. Finger, Ulcera mollia am Penis.

Vorgeschichte: Patient bemerkte zuerst angeblich 3 Wochen nach dem letzten Coitus am Sulcus coronarius eine wunde Stelle; fast zu gleicher Zeit entwickelte sich ein Geschwür am Frenulum; Anfang Juli schnitt er sich mit einem Messer, am Tage darauf fing die Wunde an zu eitern.

Befund an den Genitalien: Am Frenulum, sowie an der Eichel und im Sulcus coronarius finden sich Geschwüre mit erhabenem, wallartigem Rand und eitrigem Belag. Inguinaldrüsen haselnußgroß.

Befund am Finger: An der Beugeseite des Mittelgliedes des rechten Zeigefingers ein längliches Geschwür, das proximal einen 2 mm breiten weißen Saum zeigt; der Geschwürsgrund ist eitrig belegt, der Eiter läßt sich nur schwer entfernen; die Ränder des Geschwürs sind wallartig erhaben.

23. VII. 03. Bei Abnahme des Verbandes entleert sich aus der Wunde reichlich Eiter. Kubitaldrüsen rechts erbsengroß.

4. VIII. 03. Das Ulcus am Finger hat sich bis auf eine stecknadelkopfgroße Stelle überhäutet; die Ulcera am Penis sind vernarbt.

14. VIII. 03. Eine vollständige Überhäutung des Ulcus am Finger auch heute noch nicht eingetreten; es entleert sich noch aus der kleinen, nicht überhäuteten Stelle Eiter.

Patient wurde auf Befehl der Direktion gebessert entlassen.

Fall 8. Patient W., Tischler, 23 Jahre. Aufgenommen 29. XII. 03.

Diagnose: Ulcus molle am rechten Oberschenkel

und am linken Knie, Ulcera mollia am Präputialrand, Gonorrhoe, Scabies.

Vorgeschichte: Etwa 8 Tage nach dem letzten Coitus bemerkte Patient ein Geschwür am Vorhautrande, das bald größer wurde; einige Tage später nahm er am rechten Oberschenkel eine furunkelähnliche Stelle wahr, die stark eiterte; außerdem bestehe seit 4 Wochen starkes Juckgefühl.

Befund: Gegend des Nabels, Achselfalten und Innenseite der Oberschenkel weisen zahlreiche teils wundgekratzte, teils mit Schorf bedeckte Stellen auf; am rechten Oberschenkel sieht man zwei tiefe Geschwüre von Ein- bis Zweimarkstückgröße, die durch eine Hautbrücke getrennt sind; die Haut in der Umgebung der Geschwüre ist livide verfärbt, die Ränder sind scharf, wallartig erhaben, der Grund etwas zerklüftet und mit schmierigem Eiter belegt, in dem Streptobazillen enthalten sind. Unter der linken Kniescheibe befindet sich ein gleiches Geschwür von Markstückgröße, in dem ebenfalls Streptobazillen gefunden wurden. Inguinaldrüsen links erbsen-, rechts bohnengroß.

31. XII. 03. Die Hautbrücke zwischen beiden Geschwüren am rechten Oberschenkel wird, da sie unterminiert ist, entfernt, ein Fistelgang eröffnet.

Behandlung mit Jodtinktur, Jodoformgaze, Kampferwein.

5. I. 04. Die Geschwüre am Penis und am rechten Oberschenkel haben sich gut gereinigt; frische schankröse Stellen sind nicht mehr sichtbar; verhältnismäßig am wenigsten fortgeschritten ist die Heilung des Ulcus am linken Knie.

12. I. 04. Unter Behandlung mit schwarzer Salbe heilen die Geschwüre am Penis und Oberschenkel sehr gut. Das Geschwür am Knie ist noch etwas zerklüftet.

19. I. 04. Sämtliche Geschwüre haben sich gut gereinigt.

25. I. 04. Geschwüre sämtlich völlig verheilt.

Geheilt entlassen.

Fall 9. Patient K., Kellner, 20 Jahre. Aufgenommen 21. XII. 03.

Diagnose: Ulcus molle an der Bauchhaut, Ulcera mollia an der Eichel und am inneren Präputialblatt, Bubo inguinalis, Scabies, Pityriasis versicolor.

Vorgeschichte: Patient bemerkte etwa 8 Tage nach dem letzten Coitus einen kleinen Pickel an der Eichel, der bald geschwürig zerfiel und schnell größer wurde; vor 14 Tagen entleerte sich aus einer kurz vorher angeschwollenen Stelle der rechten Leistengegend reichlich Eiter; die Wunde heilte rasch, bald darauf trat jedoch linksseitige Leistenschwellung auf; seit 4 Wochen besteht starkes Juckgefühl; wann das Geschwür am Mons Veneris aufgetreten ist, kann er nicht angeben.

Befund: Auf der Brust einige kleine, braunrot gefärbte Stellen, in denen Microsporon furfur nachgewiesen ist. Die Haut des Rumpfes ist zerkratzt, teils mit Schorfen bedeckt und mit erodierten Stellen besetzt; auch betroffen, aber etwas weniger, sind die Achselfalten, die Umgebung des Nabels und die Leistengegend. Am Mons Veneris findet sich ein bohnengroßes, am Grunde mit Eiter belegtes Geschwür mit scharfen erhabenen und geröteten Rändern; der Eiter enthält Streptobazillen. An der Eichel, dem inneren Präputialblatt und dem Sulcus coronarius befinden sich einige größere und zahlreiche kleinere Ulcera mit eiterbelegtem Grunde und scharfem, erhaben wallartigem Rand. Im Eiter ebenfalls Streptobazillen. Inguinaldrüsen rechts bohnen-, links hühnereigroß.

22. XII. 03. Bubo wird gespalten und tamponiert.

30. XII. 03. Das Geschwür am Mons Veneris gut gereinigt und beinahe verheilt, desgleichen die Ulcera

im Sulcus coronarius; das Geschwür an der Eichel ist noch eitrig belegt.

4. I. 04. Die Geschwüre am Mons Veneris verheilt; die Inzisionswunde des Bubo in guter Heilung begriffen.

Gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 10. Patient F., Buchbinder, 26 Jahre. Aufgenommen 8. III. 04.

Diagnose: Ulcus molle am linken Oberschenkel, Ulcera mollia am Penis, Bubo inguinalis, Prurigo.

Vorgeschichte: Patient leidet schon seit seiner Kindheit an einem juckenden Ausschlage; er bemerkte vor 3 Wochen am Glied einen kleinen Pickel, der geschwürig zerfiel und dann reichlich Eiter absonderte; vor etwa 8 Tagen begannen die Leistendrüsen anzuschwellen; zur gleichen Zeit bemerkte er ein Furunkel am linken Oberschenkel.

Befund: An der Streckseite beider Arme und der Ellenbogengegend ein pruriginöses Ekzem; die Haut beider Beine mit den Residuen zahlreicher Kratzeffekte bedeckt. Am linken Oberschenkel ein rundes, ungefähr einmarkstückgroßes Geschwür; die Ränder sind unterminiert; an einer Stelle kommt man in eine förmliche kleine Hauttasche hinein; der Geschwürsgrund ist mit eitrigem Belage bedeckt.

Auf dem linken Vorhautblatt ein ungefähr einmarkstückgroßes schankröses Geschwür mit schmierig belegtem Grunde und zernagten Rändern; in der rechten und der linken Leistenbeuge ist eine ungefähr walnußgroße, weiche, auf Druck sehr empfindliche Geschwulst, die darüber befindliche Haut gespannt und gerötet.

Behandlung: Jodoform, Mentholzinkpflaster.

12. III. 04. Keine bedeutende Änderung des Befundes; die unterminierten Ränder des Ulcus am Oberschenkel werden tamponiert.

15. III. 04. Das Ulcus am Oberschenkel zeigt am oberen Rand eine weit nach oben reichende und ungefähr 2 cm lange Tasche; die darüberliegende Haut wird mit der Schere gespalten.

19. III. 04. Das Schankergeschwür am Oberschenkel hat sich gereinigt und zeigt eine frisch granulierende Wunde.

26. III. 04. Geschwür am Oberschenkel in guter Heilung begriffen.

31. III. 04. Geschwür fast verheilt. Patient bleibt in weiterer Behandlung wegen eitriger Sekretion aus dem linken Bubo.

16. IV. 04. Geheilt entlassen.

Fall 11. Patient J., Arbeiter, 25 Jahre. Aufgenommen 18. VII. 04.

Diagnose: Ulcus molle am rechten Zeigefinger. Ulcus molle an der Penishaut und in der rechten Leistenbeuge. Lues II.

Vorgeschichte: Einige Tage nach dem letzten Coitus bemerkte Patient 2 flache, ziemlich stark eiternde Geschwüre am Penis, die er zuerst nicht beachtete; es trat jedoch bald Anschwellung der Penishaut und der Leistendrüsen auf; schon seit Anfang Juni besteht eine durch unbekannte Ursache entstandene Wunde am rechten Zeigefinger; die Wunde soll in den letzten 14 Tagen größer geworden sein, ebenso soll die Eiterabsonderung zugenommen haben.

Befund an den Genitalien: Penis stark ödematös geschwollen; auf der Oberfläche eiternde Ulzerationen; Vorhaut kann nicht zurückgezogen werden; aus der Vorhaut quillt reichlich gelbgrüner Eiter. Leistendrüsen beiderseits stark geschwollen.

Befund am Finger: An der radialen Seite des rechten Zeigefingers findet sich eine fünfpfennigstückgroße Wunde mit geringer eitriger Sekretion; aus der

Wunde ist eine braunrote, glänzende Masse pilzartig hervorgewuchert.

22. VII. 04. Am rechten Zeigefinger geringe Granulationsbildung.

30. VII. 04. Das Geschwür am Finger hat sich gut gereinigt; auch die Geschwüre am Penis sind mit kleinen frischroten Granulationen bedeckt, die ziemlich trocken sind.

12. VIII. 04. Geschwüre vollständig verheilt. Patient hat am Zungenrande noch einige Papeln; deswegen nur als gebessert auf Wunsch entlassen.

Fall 12. Patient R., Arbeiter, 20 Jahre. Aufgenommen 3. X. 04.

Diagnose: Ulcus molle am rechten Zeigefinger. Ulcera mollia am Praeputium. Paraphimose.

Vorgeschichte: Patient bemerkte 8 Tage nach dem letzten Coitus eitrigen Ausfluß und Schmerzen in der Gegend des Frenulums; vom Vorhandensein von Geschwüren am Penis war ihm nichts bekannt. Seit wann ein am rechten Zeigefinger befindliches Geschwür besteht, weiß er ebenfalls nicht anzugeben; er will dasselbe durch eine Schnittwunde bekommen haben.

Befund an den Genitalien: Am Rande des Praeputiums ist eine Anzahl hirsekorn- bis linsengroßer, schmierig belegter Geschwüre mit steilen Rändern und weichem Grund; aus dem Vorhautsack quillt Eiter, in dem Streptobazillen gefunden werden; Inguinaldrüsen beiderseits bohnengroß.

Befund am Finger: Am rechten Zeigfinger am Rücken der Mittelphalanx ein $4^1/_2$ cm langes, $1^1/_2$ cm breites, mit schmierigem Eiter belegtes Geschwür mit steilen Rändern; im Eiter Streptobazillen. Kubitaldrüsen erbsengroß.

11. X. 04. Die Geschwüre am Präputialring sind zu einem zusammengeflossen; das Geschwür am Finger ist gut gereinigt und vernarbt langsam.

18. X. 04. Das Fingergeschwür ist vollständig verheilt und vernarbt.

24. X. 04. Auch die Geschwüre am Präputialring sind verheilt.

Geheilt entlassen.

Fall 13. Patient N., Bureaubeamter, 31 Jahre. Aufgenommen 13. III. 05.

Diagnose: Ulcus molle der Bauchhaut. Ulcus molle am Penis, Lues II, Scabies.

Vorgeschichte: Patient hatte schon früher 3 mal Gonorrhoe, 1900 Schanker, 1904 Lues; er bemerkte nunmehr bereits vor 4 Wochen ein erbsengroßes Geschwür rechts am Vorhautbändchen, das stark eiterte; er behandelte sich selbst, jedoch gewannen die Geschwüre immer größere Ausbreitung; seit wann das Geschwür am Bauch besteht, weiß er nicht anzugeben.

Befund: Auf dem gesamten Rumpf und den Extremitäten überall Kratzeffekte, zum Teil nur leichte Erosionen, zum Teil stärkere Epitheldefekte, die dann mit Krusten bedeckt sind.

Genitalien: rechts vom Vorhautbändchen ein markstückgroßes, tief ulzeriertes Geschwür mit eitriger Sekretion; am äußeren Präputialblatt ebenfalls Geschwüre von etwa Bohnengröße; auf der Vorderseite des Scrotums ein linsengroßes Geschwür.

Befund am Bauch: Auf dem Abdomen in einer Entfernung von 4 und 10 cm vom Nabel bemerkt man 2 tiefe ulzerierte Geschwüre; das dem Nabel entferntere besitzt Mandelgröße, hat scharf umschriebenen Rand und ist am Grunde eitrig belegt; das dem Nabel näher gelegene Geschwür ist erbsengroß und hat die gleichen Eigenschaften. Inguinaldrüsen bohnengroß.

20. III. 05. Das Ekzem am Körper hat nachgelassen, doch besteht noch starkes Juckgefühl; die Geschwüre am Abdomen bilden sich zurück.

28. III. 05. Von den Geschwüren am Bauch ist eines noch etwa linsengroß, von typischer Gestalt, granuliert gut: die Geschwüre an den Genitalien haben sich gut gereinigt.

8. IV. 05. Sämtliche Ulcera sind verheilt.

10. IV. 05. Geheilt entlassen.

Fall 14. Patient R., Friseur, 20 Jahre. Aufgenommen 6. V. 05.

Diagnose: Ulcus molle am linken Mittelfinger, Ulcera mollia an den Genitalien, Gonorrhoe, Erythema exsudativum multiforme.

Vorgeschichte: Patient hatte 2 Tage nach dem letzten Coitus mehrere Geschwüre auf der Eichel und der Vorhaut bemerkt; seit 14 Tagen hat er ein Geschwür am Mittelfinger der linken Hand, das im Anschluß an eine verunreinigte Schnittwunde entstanden ist, die ungefähr zur gleichen Zeit mit dem Auftreten der Geschwüre an den Genitalien zu eitern anfing. Außerdem leidet Patient schon seit seinem 9. Lebensjahre an einem periodisch 2mal im Jahr auftretenden Ausschlag an den Händen, der immer nach 3wöchentlicher Behandlung wieder abheilt.

Befund an den Genitalien: Am Präputialring befinden sich 3 linsengroße und zahlreiche kleinere, etwas Eiter sezernierende Geschwüre mit steilen Rändern; auf der Eichel zahlreiche Erosionen; im Eiter sind Streptobazillen.

Aus der Harnröhre quillt reichlich gonokokkenhaltiger Eiter.

Befund am Finger: Am 3. Finger der linken Hand ist ein beinahe bohnengroßes Geschwür mit gezackten steilen Rändern auf entzündetem, gerötetem, höckerigem Grunde; das Geschwür sondert ziemlich starken streptobazillenhaltigen Eiter ab und ist teilweise mit gelbbräunlichem Schorf bedeckt.

12. V. 05. Das Ulcus molle am Finger reicht heute bis an den Nagelfalz und ist nach dieser Richtung weitergekrochen. Kubitaldrüsen noch etwas geschwollen. Die Geschwüre an den Genitalien sind flacher und beginnen zu vernarben.

18. V. 05. Die Ränder des Ulcus am Finger sind noch stark unterminiert und werden abgetragen.

26. V. 05. Das Geschwür am Finger ist in seinem vorderen Teil fast vernarbt, im hinteren Teil abgeflacht.

2. VI. 05. Die Geschwüre an den Genitalien und am Finger sind vollständig vernarbt.

Geheilt entlassen.

Fall 15. Patient L., Maler, 33 Jahre. Aufgenommen 10. XII. 05.

Diagnose: Ulcus molle am rechten Oberschenkel, Ulcus molle am Penis.

Vorgeschichte: Patient hatte schon 1904 und 1905 wegen Lues, Ulcus molle, Scabies, Phimose, Bubo sich in Charitébehandlung befunden; er war das letzte Mal am 30. X. 05. gegen ärztliches Anraten als gebessert entlassen worden. Er hat sich nach der Entlassung zunächst wohlgefühlt. Bei der Entlassung waren die Geschwüre am Penis gut granuliert; ein Geschwür an der Peno-skrotalfurche war noch ziemlich tief; Anfang November trat Drüsenschwellung in der rechten Leistengegend auf. Mitte November bemerkte Patient am rechten Knie eine kleine Stelle, die eiterte und ziemlich schnell größer wurde.

Befund an den Genitalien: Rechts neben der Mittellinie an der Wurzel des Penis eine noch erbsengroße, wenig sezernierende Geschwürsfläche mit flachem wallartigen Rand.

Befund am Oberschenkel: Handbreit über der Patella eine einmarkstückgroße geschwürige Fläche mit

granulierendem eiterbedeckten Grunde, leicht erhabenen Rändern, die nicht unterminiert sind; Umgebung kaum infiltriert.

20. XII. 05. Das Geschwür oberhalb des Knies granuliert gut und ist etwas kleiner geworden.

30. XII. 05. Das Ulcus am Penis ist verheilt, das Ulcus oberhalb des Knies ist wesentlich verkleinert und abgeflacht.

2. I. 06. Das Ulcus ist heute noch etwa zehnpfennigstückgroß, ziemlich oberflächlich.

Patient wird als gebessert entlassen.

Aus den angeführten Fällen, bei denen in den meisten Fällen durch den Nachweis von Streptobazillen die Diagnose gesichert wurde, geht hervor, daß der Sitz der extragenitalen Ulcera mollia nicht sehr mannigfaltig ist; sie pflegen sich eben an den Körperstellen zu lokalisieren, die am ehesten einer Verletzung ausgesetzt sind, und so finden wir, daß beinahe die Hälfte (7 Fälle) ihren Sitz am Finger hat; von den übrigen sind 3 am Bauch, 4 an Knie und Oberschenkel, 1 am Unterschenkel lokalisiert. Die Größe der extragenitalen Geschwüre ist im allgemeinen übereinstimmend mit den gewöhnlichen; sie schwankt zwischen Erbsen- und Ein- bis Zweimarkstückgröße; die großten Ulcera wurden am Oberschenkel gefunden; in einem Falle, in dem die Geschwüre am Oberschenkel erbsen- bis bohnengroß waren, waren sie multipel aufgetreten: sonst ist aber meist die Einzahl vorherrschend, entgegen der sonstigen Erfahrung, daß wegen der stark infektiösen Wirkung des Eiters in der ersten Zeit meist mehrere Geschwüre auftreten; nur in 3 Fällen ist die Einzahl überschritten worden; im Durchschnitt waren jedoch die Geschwüre größer als die an den Genitalien sitzenden; im übrigen können Zahl und Größe der genitalen und extragenitalen Geschwüre nicht

in bezug zur Schwere der Fälle gesetzt werden; in dem Fall, in dem die größten und meisten Ulcera an den Genitalien vorhanden waren, hatte das extragenitale Geschwür Mandelgröße und saß in der Regio pubica.

Mannigfaltig ist die Art und Weise der Erwerbung der extragenitalen Ulcera mollia, da ja jede Kontinuitätstrennung der Haut eine Eingangspforte für den kontagiösen Stoff abgeben kann; leichte Einrisse der Haut, teils zufällig, teils durch Unfall entstanden, Abschürfungen, frisch erzeugt oder bereits von längerer Dauer, Geschwüre nicht venerischer Art, Erkrankungen der Haut, die mit einem Verlust des Epithels einhergehen, sind für die Aufnahme des Schankergiftes günstig; so ist unter den angeführten Fällen 5 mal eine Schnittwunde die Eingangspforte, einmal war eine Verbrennung die Ursache, 5 Patienten hatten außer dem Ulcus molle Hautkrankheiten, meist mit Epithelverlusten verbunden, die durch Kratzeffekte bei Scabies oder Prurigo hervorgerufen waren, in einem Falle bebestand ein intertriginöses Ekzem, in einigen Fällen waren vorher Wunden vorhanden, deren Ursprung unbekannt war; einmal bestand angeblich vorher keine Wunde, das Ulcus saß in diesem Falle in der Regio pubica; es scheint hier beim Coitus eine geringfügige Exkoriation der Bauchhaut entstanden zu sein; es ist zugleich der einzige Fall, in dem ohne Mitbeteiligung der Genitalien ein ursprüngliches Ulcus extragenitale bestand. Auch die Richtigkeit der Annahme, daß der kontagiöse Stoff durch Kleider, Wäsche, Utensilien übertragen werden kann, ist durch einen Fall bewiesen; es kam hier die Infektion dadurch zustande, daß ein Patient auf eine wunde Stelle am Unterschenkel mit dem gleichen Wasser, mit dem er seinen Schanker behandelt hatte, kalte Umschläge machte. In sämtlichen Fällen steht außer Zweifel, daß die Unreinlichkeit eine

nicht zu unterschätzende Rolle bei der Erwerbung des extragenitalen Schankers spielt.

Aus dem gleichen Grunde war in vielen Fällen die genaue Berechnung der Inkubationszeit nicht möglich, weil von dem Patienten vielfach nur ungenaue anamnestische Angaben gemacht werden konnten; so konnte in einem Fall von Ulcus molle am Finger der Patient nur angeben, daß er einmal eine Schnittwunde am Finger hatte, aus der sich das Geschwür gebildet hätte; davon, daß er auch an den Genitalien Geschwüre hatte, wußte er gar nichts. Im allgemeinen ist jedoch die Inkubationszeit der extragenitalen Geschwüre ziemlich die gleiche wie die der gewöhnlichen Ulcera mollia.

Der Heilungsprozeß ging in allen Fällen ohne besondere Komplikationen vor sich; die serpiginöse und gangränöse Form kam nicht zur Beobachtung. Drüsenschwellungen fanden sich mit einer Ausnahme in allen Fällen; doch kam es zu Vereiterungen nur in den Leistendrüsen und hier auch nur in einzelnen Fällen; der Heilungsverlauf erfolgte, soweit die Erkrankung nur das Ulcus molle betraf, ohne besondere Schmerzen. Die Therapie unterschied sich in nichts von der der gewöhnlichen Ulcera mollia; von operativen Eingriffen wurde Abstand genommen; die Resultate waren in jeder Weise befriedigend. Die meisten Patienten wurden als geheilt entlassen, und bei denen, die auf eigenen Wunsch oder aus anderen Gründen aus der Behandlung entlassen werden mußten, war die Krankheit in guter Heilung begriffen.

Die Heilung erfolgte in allen Fällen zu regelrechter Zeit und überschritt in keinem Falle die Dauer von 4 Wochen; betreffend die Zeitdauer der Heilung war die Lokalisation ohne Einfluß. In einzelnen Fällen erfolgte die Heilung der extragenitalen Geschwüre schneller als die der Genitalgeschwüre; nur in einem

Falle blieb eine kleine Stelle eines Geschwüres länger offen und sezernierte einige Wochen lang Eiter; es handelte sich hier um ein Fingergeschwür. In einem andern Falle war ein Geschwür an der Bauchhaut trotz Behandlung weitergekrochen, während die Geschwüre an den Genitalien abheilten.

Im allgemeinen steht jedoch außer Zweifel, daß das extragenitale Ulcus molle eine verhältnismäßig leichte Erkrankung ist. Die Beobachtung von O. von Petersen, daß die Schankergeschwüre am Finger in der Regel einen besonders schweren Verlauf nehmen, hat sich bei den angeführten Fällen nicht bestätigt. In den beschriebenen 7 Fällen von Ulcus molle am Finger kam es zwar 6 mal zu Lymphangitis und Lymphadenitis cubitalis und axillaris; aber diese Erscheinungen gingen, ohne zur Abszedierung zu führen, zurück. Ein Übergreifen des ulcerösen Prozesses auf die tieferen Teile, insbesondere die Sehnenscheiden, wurde nicht beobachtet. Es darf daher die Prognose der extragenitalen Ulcera molia einschließlich der am Finger als günstig bezeichnet werden.

Zum Schluß ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Dr. Lesser für die Anregung zu dieser Arbeit und die Überlassung des Materials, sowie Herrn Stabsarzt Dr. Rissom für die Durchsicht der Arbeit meinen gehorsamsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Bärensprung: Die nicht syphilitische Natur des weichen Schankers, Charitéannalen 1860.
2. Enzyklopädie der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
3. Joseph: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.
4. Kaposi: Atlas der Hautkrankheiten.
5. Kopp: Atlas der Geschlechtskrankheiten.
6. Kopp: Lehrbuch der venerischen Erkrankungen.
7. Lesser: Haut- und Geschlechtskrankheiten.
8. Mracek: Atlas der Geschlechtskrankheiten.
9. Realenzyklopädie der gesamten Heilkunde.
10. Sigmund: Syphilitische und venerische Geschwürsformen.
11. Ziemßen: Spezielle Pathologie und Therapie.
12. v. Zeißl: Lehrbuch der Syphilis und der venerischen Krankheiten.

Thesen.

I.

Eine operative Behandlung der extragenitalen Ulcera mollia ist nicht angezeigt.

II.

Zur Einschränkung der Geschlechtskrankheiten ist die Kasernierung der Prostituierten in öffentlichen Häusern für Berlin ein vieldiskutiertes Bedürfnis.

III.

Die in einigen Krankenhäusern herrschende Sitte, daß auch nur in Ausnahmefällen von Schwestern oder Nachtwachen der Tod eines Menschen konstatiert wird, ist zu verwerfen.

Lebenslauf.

Verfasser dieser Arbeit, Ernst August Lindemann, Sohn des verstorbenen Königl. Württemb. Oberamtsarztes, Sanitätsrates Dr. med. Lindemann, wurde geboren am 14. Mai 1880 in Mergentheim (Württemberg) und ist katholischer Konfession. Er besuchte die Lateinschule in Mergentheim und das Gymnasium in Rottweil a/N., wo er im Sommer 1900 das Zeugnis der Reife erwarb. Am 20. Oktober 1900 wurde er in die Kaiser Wilhelms-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen aufgenommen. Seiner Dienstpflicht mit der Waffe genügte er vom 1. April bis 30. September 1901 bei der 2. Kompagnie des Kaiser Alexander-Garde-Grenadier-Regiments Nr. 1. Am 5. November 1902 bestand er die ärztliche Vorprüfung; am 15. Februar 1905 wurde er zum Unterarzt beim Württemb. Pionier-Bataillon Nr. 13 ernannt und bis zum 1. Oktober 1906 zum Königl. Charitékrankenhause kommandiert. Gegen Ende der Charitézeit begann er mit der Ablegung der medizinischen Staatsprüfung, die er am 9. April 1907 beendete. Am 1. Mai 1906 wurde er zum Infanterie-Regiment König Wilhelm I. (6. Württemb.) Nr. 124, am 1. Mai 1907 zum 9. Württemb. Infanterie-Regiment Nr. 127 versetzt; am 5. Juli 1907 wurde er zum Assistenzarzt befördert.

Während seiner Studienzeit belegte er die Vorlesungen, Kliniken und Kurse folgender Herren Professoren und Dozenten:

Bennecke (†), v. Bergmann (†), Brieger, Bumm, Engelmann, Engler, Fischer, Fränkel, Frey, Goldscheider, Gusserow (†), Hertwig, Heubner, Hildebrand, Hiller, O. Israel (†), R. Köhler, König, Kraus, Lesser, von Leyden, Liebreich, v. Michel, Olshausen, Orth, Passow, Rubner, Salkowski, Schulze, Schwendener, Sonnenburg, Straßmann, Stumpf, Thierfelder, H. Virchow, Waldeyer, Warburg, Westenhöffer, Ziehen.

Während seines Kommandos zur Königl. Charité arbeitete er auf den Kliniken und in den Instituten der Herren Professoren: Heubner, v. Leyden, Lesser, Bumm, Gaffky, Ziehen, Orth.

Allen diesen Herren, seinen hochverehrten Lehrern, spricht der Verfasser an dieser Stelle seinen gehorsamsten Dank aus.